



Revista de Saude Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Herrera-Kiengelher, Loredmy; Villamil-Álvarez, Mirna; Pelcastre-Villafuerte, Blanca; Cano-Valle, Fernando; López-Cervantes, Malaquias

Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México

Revista de Saude Pública, vol. 43, núm. 4, agosto, 2009, pp. 589-594

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240178004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Loredmy Herrera-Kiengelher^I
Mirna Villamil-Álvarez^I
Blanca Pelcastre-Villafuerte^{II}
Fernando Cano-Valle^I
Malaquias López-Cervantes^{III}

Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México

Relationship between health providers and patients in Mexico City

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la calidad de la relación del personal de salud con los pacientes hospitalizados.

MÉTODOS: Estudio cualitativo realizado de febrero a julio del 2005, en la Ciudad de México. Se aplicaron 40 entrevistas a profundidad a pacientes internados en un hospital de tercer nivel. Las categorías de análisis para explorar la percepción del trato entre los informantes fueron las siguientes: actitudes y acciones del personal médico y de enfermería, comunicación efectiva, grado de conocimiento del paciente y/o familiares sobre el diagnóstico, tratamiento clínico, evolución del agravo.

RESULTADOS: En general, se encontró un alto grado de satisfacción con la atención médica. No obstante, los pacientes hospitalizados percibieron como inadecuado el trato cotidiano (no clínico) del personal médico y de enfermería del hospital, relacionado con la falta de confianza para solicitar información acerca de su padecimiento. El uso excesivo de tecnicismos por parte del prestador de servicios reforzó esta percepción de trato inadecuado.

CONCLUSIONES: La percepción del trato inadecuado por el personal de salud fuera del ámbito técnico, mostró que la efectividad clínica no significa una plena calidad de la atención y que es necesario incorporar las necesidades y expectativas de trato no clínico de los pacientes a la eficiencia técnica y científica.

DESCRIPTORES: Calidad de la Atención de Salud. Relaciones Profesional-Paciente. Personal de Salud. Servicios de Salud. Entrevista. Relaciones Médico-Paciente. Investigación Cualitativa.

^I Departamento de Calidad de la Atención. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Secretaría de Salud. México, DF, México

^{II} Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. México, DF, México

^{III} Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México, DF, México

Correspondencia | Correspondence:
Malaquías López-Cervantes
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
Cd. Universitaria
CP 04510 Mexico, DF, Mexico
E-mail: mlopez14@unam.mx

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess quality of the relationship between inpatients and health providers.

METHODS: A qualitative study was carried out in a tertiary care hospital in the Mexico City, Mexico, between February and July 2005. In-depth interviews were conducted with 40 inpatients. The following categories of analysis were used to explore the respondent's perception of care: attitudes and actions of medical and nursing providers, effective communication, level of knowledge of patients and their family on the diagnosis, clinical treatment, and evolution.

RESULTS: Overall the level of satisfaction with health care was high. Inpatients perceived everyday (non-clinical) interactions with medical and nursing providers as inadequate due to lack of confidence to request information on their condition. In addition, this perception was reinforced by excessive use by providers of technical terminology.

CONCLUSIONS: The routine relationship between health providers and their patients is perceived as inadequate showing that clinical effectiveness does not mean high quality of care. There is a need to bring together technical-scientific efficiency and patients' needs and expectations of non-clinical interactions.

DESCRIPTORS: Quality of Health Care. Professional-Patient Relations. Health Personnel. Health Services. Interview. Physician-Patient Relations. Qualitative Research.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de la calidad de los servicios de salud se inició a nivel mundial en las primeras décadas del siglo XX y posteriormente se convirtió en una herramienta indispensable para dar un giro al funcionamiento de los sistemas de salud. Por ello, a partir de los años 1990 la calidad de la atención incorporó mediciones acerca de la satisfacción de los pacientes, estableciendo un elemento importante para la evaluación de los servicios de salud.^{5,17}

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención aceptadas a nivel internacional se sustentan en el modelo de Donabedian, quien propuso analizar la calidad a partir de tres dimensiones: estructura, proceso y resultado. Este esquema supone que los resultados son una consecuencia previsible de la atención proporcionada, aunque se reconoce que no todos los resultados puedan ser exclusivamente imputables a los procesos y a su vez, no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura.^{5,6}

Los estudios convencionales de evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud hacen énfasis en la medición y caracterización de los patrones de utilización, posibilitando identificar la magnitud del problema y los principales factores asociados a esas prácticas. Sin embargo, la técnica de encuesta no permite explorar otros aspectos que permitirían entender cómo y por qué operan esos factores y cómo

se podría incidir sobre ellos. La literatura científica contemporánea ha comenzado a reconocer la importancia de los abordajes cualitativos, cuyo fin es precisamente recuperar la voz y experiencia de los distintos actores a fin de comprender los distintos procesos sociales.^{16,18} En un estudio realizado en Colombia, la percepción que tienen los pacientes sobre el personal de salud (médicos y enfermeras) es que son los que poseen las aptitudes y competencias para tratar la enfermedad, pero se alejan del trato con los pacientes al no asumir la ciencia como un proceso social.¹²

El objetivo del presente trabajo fue analizar la calidad la relación del personal de salud con los pacientes en un hospital de tercer nivel.

MÉTODOS

Utilizando un diseño cualitativo se realizaron 40 entrevistas a profundidad a pacientes internados regularmente en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México por al menos 15 días, de febrero a julio del 2005. Se consideró que el tiempo de internación fue lo suficientemente prolongado y que por tanto, habría una mayor interacción con el personal de la institución.

Las experiencias de los pacientes en cuanto al trato no clínico que recibían en el hospital fueron recuperadas en las entrevistas, en el sentido que maneja Valles.²⁰ Las

categorías de análisis para explorar la percepción del trato entre los informantes fueron definidas a partir de la guía de entrevista utilizada, quedando las siguientes: a) actitudes y acciones del personal médico y de enfermería, que identifica aquellas acciones carentes de amabilidad y grado de respeto a las diferencias socioculturales, convicciones personales y morales de pacientes y familiares; b) comunicación efectiva, que se refiere al adecuado intercambio de información entre el paciente y/o familiares, el personal médico y de enfermería; c) diagnóstico, que refiere al grado de conocimiento del paciente y/o familiares sobre el diagnóstico, tratamiento clínico, evolución, u otra información que obligatoriamente el personal médico y de enfermería, en sus respectivas competencias, debe proporcionar de manera clara, oportuna y veraz.

Adicionalmente se aplicó una cédula para recoger información sociodemográfica – como edad, sexo y nivel socioeconómico – y se llevó un diario de campo. Se elaboró una guía de entrevista, la cual se iba adaptando durante el proceso de investigación. Se utilizó la noción de saturación teórica,⁴ para determinar el número final de entrevistas, las cuales se realizaron por un período de dos horas, en promedio.

Para la recolección y análisis de la información se utilizaron las siguientes estrategias: todas las entrevistas fueron grabadas e inmediatamente transcritas y revisadas. El análisis se realizó con el apoyo del programa Ethno-graph 4, siguiendo los pasos propuestos por la Teoría Fundamentada.

En todos los casos el consentimiento oral informado fue obtenido y el proyecto fue aprobado por el comité de ética institucional.

RESULTADOS

En un período de estancia hospitalaria de 20 días, se realizaron 16 entrevistas a hombres y 24 a mujeres en los meses de febrero a julio del 2005. La edad promedio de las y los informantes fue de 35 años (mínimo 20, máximo 70) internados en diferentes servicios clínicos de adultos, sin patologías agregadas mas que las enfermedades respiratorias. Excepto por los informantes masculinos, todos estaban casados y tenían hijos, cuatro de ellos con nivel educativo profesional, diez con nivel técnico y medio superior y 26 con educación básica.

Los diagnósticos de los pacientes entrevistados se distribuyeron de la siguiente manera: asma severa / neumonía (8), cáncer broncogénico (7), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/insuficiencia respiratoria/sobreinfección agregada (6), fibrosis pulmonar/infección agregada (6), neumopatía intersticial difusa (1), aspergilosis por secuelas de tuberculosis pulmonar/lobectomía (1), tuberculosis

pulmonar/hidroneumotórax (1), derrame pleural (1), lupus eritematoso sistémico (1), síndrome del apnea obstructiva del sueño (SAOS)/síndrome metabólico/probabilidad tromboembolia pulmonar (1).

En aquellos casos en los que se identificó un trato inadecuado, se observó en el paciente la necesidad de reiterar, antes que cualquier otro aspecto de su experiencia, la mejora en su estado de salud, (eficacia de la atención clínica proporcionada), atribuida al conocimiento profesional del personal que los atendió. Simultáneamente, manifestaron que las acciones profesionales, del médico especialmente, estuvieron acompañadas de actitudes impregnadas de despotismo, frialdad o abierta indiferencia al momento de brindarles la atención clínica.

“...Si, la verdad gracias al instituto es que aún estoy viva, cuando llegué a urgencias los médicos fueron muy profesionales, ¿qué tan mal llegaría que me trasladaron a terapia intensiva?, pero si tienen 10 en lo profesional, no pues, en lo que se trata de humanismo, pues la verdad que no les daría mucho, qué lástima, teniendo tanto para dar que sean tan despotas...” (mujer, 20 años, asma)

“...El otro día vino un doctor a gritarnos, e incluso cuando le pidió el familiar de la paciente que vino a revisar, que si por favor también checaba a la paciente de enfrente porque tenía los mismos síntomas, le dijo -que si también era su esposa, o qué, para que le dijera qué hacer-...” (mujer, 45 años, neumonía)

“...A mí ya me habían hablado de que en este hospital era el único lugar donde había médicos especialistas de lo mejor, yo estaba mal desde noviembre del año pasado pero en realidad cuando decidí trasladarme para acá, fue porque no me encontraban qué era, (...) hasta que llegué aquí me empecé a recuperar (...) no pues, uno no puede exigir todo, o lo curan a uno o lo tratan bien, pero sí, en cuanto a lo profesional, sí tengo que reconocer que son de los mejores especialistas...” (hombre, 49 años, tuberculosis)

Otro aspecto manifestado por los pacientes de manera reiterada fue la percepción de actitudes de rechazo por parte del personal hacia sus valoraciones, temores o creencias sobre su enfermedad y/o estado de salud, expresadas al personal durante el proceso de atención:

“...Yo le decía al doctor que la primera vez que me empecé a sentir mal fue un día que lavaron con amoniaco la panadería y me empecé a sentir raro, así como que me pasaba algo, aquí mire, en el pecho, luego cuando salí en el camino había un perro muerto y esos olores como que se me subieron y luego, luego me enfermé (...) los olores me infectaron los pulmones, ¿usted qué cree? (...) cuando le dije al doctor movió la cabeza y yo sentí que se enojó...” (hombre, 36 años, asma)

Los motivos más significativos de percepción de trato inadecuado fueron la falta de aceptación o rechazo de las diferentes formas de pensamiento propias de la diversidad sociocultural, que caracteriza a la población que se atiende, conjuntamente con la falta de amabilidad y las actitudes de despotismo o indiferencia. Asimismo se detectó una estrecha relación con la ausencia de comunicación e información durante el proceso de atención a pacientes hospitalizados.

Al indagar sobre la ausencia de comunicación efectiva e información durante el proceso de atención, los pacientes refirieron una inadecuada relación con el personal de salud:

“...Sí me dijo por qué me puse mal, pero no entendí (...) para qué les voy a quitar el tiempo preguntándoles, puede que hasta se enojen, ninguno me ha dicho una mala palabra, para qué le voy a mentir, lo que pasa es que a mí es al que le da pena, se ve que ellos siempre andan de prisa y como enojados...” (mujer, 28 años, SAOS)

Otro aspecto que coadyuva a confirmar la ausencia de comunicación efectiva e información adecuada fue la reiterada solicitud de información de los pacientes a lo largo de la entrevista:

“...¿Usted no sabe si eso de no poder agarrar aire lo mata a uno pronto?...” (mujer, 28 años, SAOS)

Cuando se les preguntó el motivo por el cual no solicitaron al médico información para aclarar las dudas, los pacientes refirieron como el principal motivo su falta de confianza para solicitar la información al personal, lo que justificaron de la siguiente manera:

“...Pues eso de que me falta el aire, el doctor me dijo, que espasmo, ¿o cómo?, sí, él me dijo que tengo (...) ándelete, eso del broncoespasmo (...) no, no es eso, ¿lo demás? Pues es que no le entendí y pues me dio pena la verdad (...). No pues para qué les pregunto, no tiene caso si no entiendo, si de por sí tienen poco tiempo para que yo todavía los moleste (...) es que uno ve las caras y siente que no debe molestar” (mujer, 56 años, EPOC)

“...No es que dude o me de miedo preguntarles a los médicos, pero tú me caíste bien por como eres, lo haces a uno sentir bien, por eso estoy pregunta y pregunta, que si mi enfermedad esto, que si mi enfermedad lo otro...” (mujer, 48 años, cáncer broncogénico)

“...No mire, le pregunté a usted porque me da la confianza para hacerlo y la verdad la doctora parece como que se enojó cuando le dije que no entendí bien eso del derrame...” (mujer, 52 años, EPOC)

Los pacientes que percibieron una buena relación con el personal médico y de enfermería describieron con datos más precisos su padecimiento y el tratamiento clínico

indicado. Por otro lado, los pacientes que refirieron trato no clínico adecuado, no solicitaron información al entrevistador acerca de su padecimiento o cualquier otro aspecto relacionado. Como lo muestra el siguiente caso, en donde el mismo paciente refirió haber solicitado directamente al médico y/o la enfermera mayor información al respecto.

“...El doctor es muy bueno, (...) diario viene a visitarnos hasta dos veces al día y platica con nosotros, (...) me han explicado claramente cuál es mi enfermedad, y pues cuando no le entiendo bien, pues le pregunto.” (hombre, 38 años, neumonía)

Otro aspecto recurrente fue el uso de tecnicismos al brindar información al paciente y/o familiares sobre su diagnóstico, tratamiento clínico y/o evolución, que al ser propios de la práctica médica, resultan poco o nada claros para el paciente.

“... No entiendo mi diagnóstico porque no me lo explican claramente, sé que tengo la traquea inflamada y por eso la traqueotomía, pero si me preguntas qué sugiero, pues sugiero que los términos médicos sean más claros para que uno entienda cuál es su padecimiento real...” (hombre, 48 años, cáncer broncogénico)

DISCUSIÓN

En los pacientes hospitalizados que recibieron un trato adecuado, se detectó un grado mayor de bienestar junto con la confianza necesaria hacia el personal para solicitar además de acciones de atención, información necesaria para aclarar dudas respecto a su padecimiento.

Por otro lado, los pacientes que recibieron trato inadecuado, independientemente de que detectaron una notable mejoría en su estado de salud, mostraban temor e incertidumbre sobre su posible rehabilitación y una significativa falta de confianza para solicitar información necesaria para despejar sus interrogantes. Esta última situación parece ser una respuesta lógica a la carencia de un trato amable durante el proceso de atención clínica. Por lo anterior, consideramos necesario poner un mayor énfasis en una de las estrategias dedicadas a buscar una mejor calidad en los servicios de salud.

Asimismo, se corroboró la importancia de la relación entre trato adecuado y el respeto a los derechos humanos.^{14,20} Es necesario que el personal de salud incorpore a su actividad médica y científica los valores y principios universales de la bioética, pero más que como un requerimiento, como una elección libre. Resulta esencial que el personal de salud tenga conciencia clara de que todas las acciones de la práctica médica deben estar orientadas al servicio del ser humano, en el proceso de construcción de una sociedad más justa

y equitativa.² El compromiso final de las instituciones de salud es el de garantizar el respeto a los derechos humanos y las garantías individuales.

Del mismo modo, nuestros resultados coinciden con lo que ya ha sido señalado, respecto a que "... a diferencia de otros componentes de la calidad de los servicios de salud, —el trato adecuado—, no sólo es deseable sino también alcanzable en sí mismo, independientemente del cumplimiento de otros objetivos, por lo que debe considerarse su relevancia e implementar y diseñar las actividades y relaciones institucionales e interinstitucionales tomando en consideración las legítimas expectativas del público al que sirve..."¹⁵

Otro aspecto, expresado por los pacientes hospitalizados, que impide el establecimiento de vínculos de confianza es el uso excesivo de tecnicismos por parte del personal. El hecho de que el prestador de servicios utilice un lenguaje ajeno a sus pacientes marca límites y campos simbólicos, que eliminan cualquier posibilidad de establecer vínculos de confianza durante las interacciones de tipo clínico que puedan darse, coadyuvando a mantener en el paciente y/o familiares temores o dudas sobre su padecimiento y sus posibilidades de recuperación.^{14,15}

Finalmente, el trato adecuado en la prestación de servicios de salud, a pesar de formar parte esencial de la dimensión interpersonal, no depende del cumplimiento o la efectividad de otros objetivos inmersos en el proceso de atención. La dignidad e integridad de los seres humanos corresponden normas de trato social que deben ser observadas en todos los niveles de la realidad a la cual se enfrenta el sujeto social, particularmente, si éste se encuentra hospitalizado, enfermo y por lo tanto vulnerable debido a la pérdida de su salud.^{1,4,15} Para ello, el personal de salud debe considerar que la comunicación se lleva a cabo de forma pragmática, que implica la necesidad de identificar y respetar el nivel sociocultural y las circunstancias personales del paciente para brindarle acceso a la información, además de evitar el uso indiscriminado de tecnicismos que impidan el acceso a la información del paciente de manera adecuada y oportuna.^{15,20}

La importancia del presente estudio radica en que se identifica el tipo de relación entre los pacientes hospitalizados y el personal de salud, como un medio para alcanzar la equidad en la prestación de los servicios y lograr el funcionamiento óptimo de una institución de salud. No es posible brindar servicios de calidad integral cuando el personal no suma a su conocimiento científico y técnico, los valores éticos y humanos que dan fundamento y legitimidad a su labor, como se ha señalado en estudios previos.^{14,20}

En virtud de que el trato adecuado se traduce en el respeto a los derechos humanos de los pacientes,

termina por convertirse en una meta para garantizar la autonomía, libertad, integridad y dignidad del enfermo. Esto sólo se logra si el personal de salud toma conciencia de que además de compartir el espacio y el tiempo, es necesario compartir los códigos éticos y humanísticos que matizan cualquier relación entre los seres humanos y sus instituciones. Son estos códigos los que definen las necesidades y expectativas de trato interpersonal que los pacientes esperan recibir y permiten al personal de salud encontrar las oportunidades de que su práctica sea una tarea eficaz, eficiente y basada en la equidad y el respeto a la dignidad humana.

Foucault, señala que las personas (los pacientes) se deben convertir en objeto de conocimiento y de la práctica científica, en lugar de ver la enfermedad como entidad.⁷

En conclusión, resulta apremiante que el personal de salud tome mayor conciencia acerca de que el apego a los valores éticos y humanísticos le permiten incorporar las expectativas y necesidades de los pacientes a su quehacer cotidiano y contribuir a que su institución ofrezca servicios con la más alta calidad, independientemente del estrato económico o sociocultural de sus pacientes.^{8,10}

Para alcanzar un trato adecuado, con base en la bioética, la calidad y calidez humana, debemos partir del reconocimiento de que la práctica médica enfrenta un nuevo reto hoy en día, el de reconocer a la corporeidad humana no sólo como el vehículo para mantener la vida desde el ámbito biológico, sino también como aquello que posibilita el más complejo y abstracto elemento que hace posible la vida humana, la identidad.^{3,9,11}

La mayor parte de las instituciones de salud en el mundo moderno han relegado y desestimado la percepción, usos y costumbres tradicionales que sobre la salud y la enfermedad mantienen los individuos. Las consecuencias de esto se reflejan en esa imposibilidad de los individuos para acceder al mundo del saber técnico que descansa en ese grupo solmene e impenetrable que es el cuerpo médico y paramédico de una institución de salud. Por lo tanto, el enfermo y sus familiares suelen sentirse indefensos, o siguiendo uno de los conceptos creados por Bourdieu, se encuentran frente a un *habitus*, que al excluirlos, resta importancia a uno de los engranes fundamentales de la calidad de la atención: las expectativas del paciente como parte inherente del trato adecuado.³

Es necesario por medio de un cambio en la percepción del profesional de la salud acerca de lo que cree como esencial en la tarea del tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento de la salud, que de acuerdo a los resultados de recientes investigaciones han sido los aspectos técnicos, más que el trato adecuado.^{13,15,19} Asimismo, hay que lograr un cambio de actitud que trascienda la línea que divide dos campos simbólicos que forman

parte de una misma realidad, la realidad humana y la comunicación interpersonal en el proceso de atención. La importancia del trato en la dimensión interpersonal en el proceso de atención ya había sido identificada

por Donabedian desde hace más de dos décadas, él lo señaló como un elemento esencial para la calidad de la atención, el cual se deriva del trato otorgado por el personal médico y paramédico.^{5,6,9}

REFERENCIAS

1. Aguirre Beltrán G. La medicina tradicional en México. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
2. Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I, Valdés-Santiago R, Fernández-Bonilla P. Las Instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública Mex.* 2004;46(4):326-32. DOI: 10.1590/S0036-36342004000400007
3. Bourdieu P. Capital cultural, escuela y espacio social. 7. ed. México: Siglo XXI; 2007.
4. Castro R. En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. In: I. Szasz S, Lerner S. Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México: El Colegio de México; 1996. p.57-84.
5. Donabedian A. Calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana; 1974.
6. Donabedian A. Los espacios de salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1998. p.496-546. (Biblioteca de la Salud).
7. Foucault M. Medicos y enfermos: historia de la locura en la época clásica I. Bogota: Fondo de Cultura Económica; 2000.
8. Frenk J. Calidad de la atención: la percepción de la población. *Salud Pública Mex.* 1995;37:7-16.
9. Frenk J, Gómez-Dantes O. La globalización y la nueva salud pública. *Salud Pública Mex.* 2007;49(2):156-64. DOI: 10.1590/S0036-36342007000200011
10. Frenk Mora J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica; 1994. (La ciencia para todos).
11. Giddens A. Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea. 3.ed. Barcelona: Península; 1997.
12. Jaramillo Echeverri LG, Pinilla Zuluaga CA, Duque Hoyos MI, González Duque L. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index Enferm.* 2004;13(46):29-33.
13. Moguel P, Serrano A, Juárez N. La satisfacción de los usuarios de la consulta externa del Hospital Infantil de México, "Federico Gómez". Un parámetro importante para el entendimiento del tratamiento y la enfermedad de los niños. *Bol Med Hosp Inf Mex.* 1996;1:12-7.
14. Peña Viveros R, Rodríguez Moctezuma JR, López Carmona JM. Factores asociados a la gestión de quejas contra los médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Mex.* 2004;46(3):210-5.
15. Puentes-Rosas E, Ruelas E, Martínez-Monrroy T, Garrido-Latorre F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Pública Mex.* 2005;47(Sup 1):12-21.
16. Ramírez-Sánchez TJ, Najera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de calidad de la atención de salud en México. *Salud Pública Mex.* 1998;40(1):2-13.
17. Ruelas-Barajas E, Reyes H, Zurita-Garza B, Vidal LM, Karchmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública Mex.* 1990;32:270-220.
18. Sauceda-Valenzuela Al, Durán-Arenas L, Hernández B. Evaluación del programa de monitoría de calidad de los servicios otorgados por una organización no gubernamental. *Salud Pública Mex.* 2000;42(5):422-30.
19. Valdespino JL, Olaiz G, López-Barajas MP, Mendoza L, Palma O, Velázquez O, et al. Encuesta Nacional de Salud 2000. Cuernavaca Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2000. v.1: Vivienda, población, utilización de servicios de salud.
20. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1997. Técnicas de conversación, narración (I): las entrevistas en profundidad; p.177-233.